

Sida et adolescence

Jean-Yves Frappier, Élise Roy, Marc Girard et Louise Charbonneau

Volume 17, numéro 1, printemps 1992

Sida et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502057ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502057ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

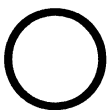
0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Frappier, J.-Y., Roy, É., Girard, M. & Charbonneau, L. (1992). Sida et adolescence. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 265–276. <https://doi.org/10.7202/502057ar>



Communications brèves

Sida et adolescence

Au début des années 90, le groupe des 15-19 ans est peu atteint par le sida. Il constitue moins de 0,5% de tous les cas de sida au Québec. Ce faible taux qui se retrouve également au Canada et aux États-Unis peut s'expliquer par la période de latence de l'infection au VIH qui se prolonge au-delà de dix ans. Le plus souvent, l'adolescent infecté développe la maladie à l'âge adulte. Par ailleurs, nous ne connaissons pas la prévalence d'adolescents québécois séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), mais beaucoup d'éléments sont en place pour favoriser une augmentation de cette infection chez ce groupe d'âge.

Étant donné le petit nombre d'adolescents québécois actuellement reconnus séropositifs pour le VIH ou sidéens, cet article discute surtout des données épidémiologiques actuelles et de la prévalence des conduites à risque chez les adolescents afin d'établir les perspectives futures. Il présente la réalité des adolescents qui demandent un test de dépistage et discute brièvement du suivi d'adolescents séropositifs pour le VIH.

Épidémiologie

Afin de mieux saisir la problématique de l'infection par le VIH chez les adolescents, nous examinerons les statistiques des cas de sida touchant les 20-29 ans. Ce groupe d'âge constitue 21% de l'ensemble des cas rapporté au Québec et l'on peut présumer qu'un bon nombre de ces jeunes gens ont acquis l'infection au cours de leur adolescence. Au mois de janvier 1992, chez les 384 sidéens âgés de 20-29 ans, on constate que les deux tiers ont contracté la maladie par transmission homosexuelle. Ce mode de transmission explique 75% des cas chez la population masculine du même âge. La transmission hétérosexuelle, incluant les personnes originaires des pays où ce mode de transmission prédomine, explique 21,4% de tous les cas de ce groupe d'âge, ce qui correspond à 85% des 60 femmes atteintes par rapport à 9,6% chez les hommes. Les autres modes de transmission sont par ordre décroissant:

la transfusion (4,4%) et l'usage de drogues injectables (1,8%). Pour 9,1% des cas aucun mode de transmission n'a été identifié.

À l'instar des autres groupes d'âge, le taux d'incidence cumulative du sida y est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, soit 5,4/10,000 contre 1,0/10,000. Cependant, la proportion de femmes est plus importante chez les jeunes comme en témoigne le ratio homme/femme qui passe de 4,0 chez les 20-24 ans à 22,0 chez les 40-44 ans. Cette tendance est inversée pour le mode de transmission hétérosexuelle, soit de 23,1% à 9,7%.

Malgré l'intérêt indéniable des statistiques sur le sida, il faut souligner qu'elles reflètent seulement l'évolution de l'infection par le VIH des dernières dix années représentant les patients symptomatiques à la phase avancée de l'infection. En raison de la période de latence, il est possible que la situation actuelle évolue et que les données épidémiologiques sur le sida ne démontrent pas encore ces changements. Par exemple, nous savons que la prévalence de l'infection au VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI) de la région montréalaise est passée de 4,1% en 1987 à 10-15% en 1990. Or, les statistiques publiées en janvier 1992 ne reflètent pas encore cette évolution; le nombre de cas déclarés de sida chez les UDI montréalais est de 19 pour une population cible estimée entre 5,000 et 16,000 personnes.

Afin de mieux comprendre les tendances actuelles, il est essentiel de connaître la prévalence de l'infection au VIH que l'on estime à 0,22% pour l'ensemble de la population québécoise. Malheureusement, la prévalence dans la population adolescente au Québec est méconnue. L'étude québécoise de séroprévalence anonyme réalisée à l'intérieur d'un réseau d'hôpitaux sentinelles ne rapporte aucun cas d'infection chez les 2,567 adolescents âgés de 15-19 ans recrutés depuis mai 1988. En 1991, une étude des médecins sentinelles du Québec offrant des services de dépistage aux personnes qui en font la demande rapportait cinq résultats positifs parmi les 2,221 tests faits chez les participants âgés de moins de 20 ans. Une étude est présentement en cours au Québec pour documenter le taux d'infection au VIH et la prévalence des comportements à risque chez des adolescents fréquentant les centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs de la région montréalaise. À Toronto, parmi 87 jeunes de la rue ayant participé à une étude de séroprévalence du VIH, un adolescent fut trouvé infecté. Dans l'État de New York, l'État américain le plus touché par l'infection au VIH, on rapporte un taux d'infection de 0,072% chez les recrues militaires âgées de moins de 20 ans; ce taux est de 0,82% chez les adolescents américains présentant des difficultés sociales. Il grimpe à 5,3% chez les jeunes de

la rue de la ville de New York et il est associé à l'homosexualité / bisexualité, à l'usage de drogues injectables et aux activités de prostitution. Par ailleurs, les cliniques et hôpitaux de la ville de New York qui s'occupent des adolescents séropositifs pour le VIH comptaient moins de 100 adolescents infectés à la fin de 1991, excluant les hémophiles. Dans la région montréalaise, on estime inférieur à dix le nombre d'adolescents séropositifs pour le VIH et connus des différents services de santé, mis à part les hémophiles.

Conduites à risque

Certaines conduites à risque pour l'infection au VIH se développent à l'adolescence. L'étude canadienne de King et al., (1989), portant sur les comportements sexuels et la consommation de drogues à l'adolescence a confirmé le risque que courent certains adolescents de contracter l'infection.

Chez ceux qui fréquentent l'école, 28% ont initié des activités sexuelles en troisième année du secondaire et 67% au niveau post-secondaire. Ce taux grimpe à 87% pour les décrocheurs et à 94% pour les jeunes de la rue. Chez les jeunes du post-secondaire, 17% des répondants ont eu cinq partenaires sexuels et plus dans leur vie. Les pourcentages atteignent 50% pour les décrocheurs et 66% chez les jeunes de la rue. Les risques de transmission de l'infection au VIH sont plus élevés lors d'une relation anale. Ainsi, 11% des jeunes du niveau post-secondaire, 17% des décrocheurs et 21% des jeunes de la rue ont déjà expérimenté ce type d'activité sexuelle. Toutes ces activités sexuelles sont rarement protégées par un usage régulier de condom. Le condom n'a jamais été utilisé par 26% des jeunes du post-secondaire, 27% des décrocheurs et 32% des jeunes de la rue. L'une des conséquences de ce comportement est le risque de contracter une maladie transmissible sexuellement et, en effet, 4% des adolescents du post-secondaire, 9% des décrocheurs et 22% des jeunes de la rue rapportent avoir déjà souffert d'une M.T.S.

L'homosexualité n'est pas une conduite à risque mais la fréquence élevée de l'infection chez la population homosexuelle constitue un risque si les activités sexuelles ne sont pas protégées. La majorité des adolescents homosexuels ne reconnaissent pas ou n'admettent pas leur homosexualité. Dans l'étude de King et al., (1989), 1% des étudiants des deux sexes et 2% des jeunes décrocheurs se sont déclarés homosexuels. Si 2% des jeunes de la rue se déclarent homosexuels et 4% bissexuels, 16% d'entre eux admettent avoir eu des relations homosexuelles. Plus ils sont jeunes, plus ils s'identifient à la norme hétérosexuelle. Ils ont d'autant plus de difficulté à reconnaître leur préférence sexuelle que les

adultes hétérosexuels ne sont pas à l'aise face à un adolescent qui affirme son homosexualité.

La consommation d'alcool et de drogues n'est pas en elle-même un facteur de risque mais nous savons que les adolescents qui consomment régulièrement de tels produits sont également ceux qui sont les plus actifs sexuellement. Une consommation importante peut entraver l'utilisation du condom et est souvent associée à une promiscuité sexuelle. Ainsi, 9% des étudiants de 11^e année et 25% des décrocheurs consomment de l'alcool plus de 2 à 3 fois par semaine. Quant au cannabis, c'est respectivement 7% et 24% qui en consomment plus d'une fois par semaine. Chez les jeunes de la rue, 30% consomment de la drogue quotidiennement et 12% utilisent des drogues injectables. On présume que la grande majorité des adolescents qui s'injectent des drogues pour la première fois sont incités à ce comportement par quelqu'un qui leur prête une seringue usagée.

Il est important de souligner, d'un point de vue épidémiologique, que ces conduites à risque sont en développement à l'adolescence et que les risques encourus ne sont pas toujours comparables à ceux du jeune adulte. Ainsi, les adolescents diront faire usage de drogues injectables mais ils se seront injectés des drogues à quelques reprises en six mois, ou ils diront avoir participé à des activités de prostitution mais ces activités étaient sporadiques. La faible fréquence de ces conduites limite le risque mais la vulnérabilité des adolescents les amène à accepter de telles pratiques dans les plus mauvaises conditions.

Enfin, soulignons que la prévalence de l'infection varie d'un pays à l'autre et que certaines régions du monde (Afrique, Antilles, etc.) sont très touchées. Une conduite à risque entreprise dans ces pays ou avec un partenaire en provenance de ces pays comporte un risque plus élevé.

Tendances futures de l'infection au VIH

Le fait qu'une majorité d'adolescents soient sexuellement actifs et qu'une bonne proportion le soit très tôt à l'adolescence, jumelé au fait qu'un pourcentage non négligeable d'adolescents présentent des conduites à risque, oblige à penser que la prévalence de l'infection au VIH n'est pas négligeable à l'adolescence, et à envisager la possibilité d'une augmentation de l'infection dans ce groupe d'âge. Toutefois, il est essentiel de distinguer des groupes d'adolescents et d'estimer les risques qu'ils courent de contracter le VIH.

Le premier groupe représente la majorité des adolescents et actuellement, il est probablement très peu touché par l'infection au VIH.

L'adolescent de ce groupe présente peu de conduites à risque. Il est actif sexuellement avec un partenaire unique et leur lien est durable. Il consomme rarement des drogues, se limitant à l'usage sporadique d'alcool ou des dérivés du cannabis. Le condom est de plus en plus utilisé, de façon adéquate et plus régulière. Malgré qu'ils soient bien informés, quelques adolescents de ce groupe ne sont pas totalement à l'abri de l'infection. Une aventure avec un partenaire peu connu et ayant eu des comportements plus à risque, un voyage en pays endémique où ils initient une activité sexuelle et un usage plus ou moins régulier du condom sont autant de situations où ils courent un risque plus élevé. Par contre, on peut distinguer dans ce premier groupe, une population d'adolescents qui adopte d'emblée et régulièrement une pratique sexuelle sécuritaire. Ce sous-groupe serait presque sans risque.

Le deuxième groupe est représenté par l'adolescent homosexuel. Compte tenu de l'épidémiologie actuelle du sida chez les 20-29 ans qui identifie les relations homosexuelles comme le mode de transmission dominant, les adolescents homosexuels constituent un groupe à risque potentiellement élevé. Malgré la disparition de nombreux tabous, l'homosexualité est encore mal acceptée par notre société. Les activités sexuelles sont clandestines et s'initient souvent avec un partenaire plus âgé qui joue un rôle dans l'affirmation de l'homosexualité de l'adolescent mais qui présente souvent un passé sexuel chargé et non sans risque. On peut penser que l'adolescent bénéficiera dans une certaine mesure des moyens de protection que ses aînés auront adoptés mais on ignore dans quelle mesure l'utilisation de ces moyens est courante dans la population homosexuelle. Les relations anales, l'instabilité d'un lien clandestin et pour certains, une multiplication des expériences sexuelles, contribuent au risque de contracter l'infection. Ce risque est plus élevé, mais il est difficile de bien l'évaluer étant donné que cette population adolescente est peu connue.

Le troisième groupe est constitué d'adolescents présentant des difficultés familiales et sociales, souvent avec abus, négligence et carence affective. Les activités sexuelles sont plus précoces, le nombre de partenaires sexuels est plus élevé et le partenaire souvent plus âgé peut faire ou avoir fait usage de drogues injectables. L'usage de drogues est plus répandu. Les fugues sont occasionnelles mais des activités sexuelles s'y déroulent parfois avec des partenaires à risque et l'expérimentation de drogues injectables y est parfois tentée. Les adolescents de ce groupe évaluent mal les risques qu'ils encourent, ils éprouvent de la difficulté à se projeter dans l'avenir et vivent plutôt au jour le jour. Le condom est moins utilisé par les adolescents de ce groupe et la

négociation de la jeune adolescente pour que son partenaire porte le condom est souvent vouée à l'échec. Ce groupe est sans doute encore peu touché par l'infection au VIH, mais ces adolescents, par la fréquence de certaines conduites à risque, représentent un danger potentiel quant à la progression de l'infection.

De ce troisième groupe découle un sous-groupe particulièrement vulnérable. Rapidement avec les années, certains adolescents qui éprouvent de sérieuses difficultés personnelles, familiales et sociales adoptent des comportements antisociaux, autodestructeurs et dangereux tels une grande promiscuité sexuelle, la toxicomanie, la prostitution et des délits graves. Les activités sexuelles sont peu investies et elles répondent davantage à un besoin immédiat qu'à un désir d'établir un lien durable. L'usage de drogues et de médicaments psychotropes est régulier avec souvent abus et usage de drogues injectables. Les fugues sont habituelles et pour certains sans-abri et sans-le-sou, des activités de prostitution homosexuelle ou hétérosexuelle sont temporairement nécessaires à la survie. Ces activités deviendront courantes pour certains jeunes et monnaie d'échange pour obtenir de la drogue. Ces adolescents sont en contact avec un monde adulte où l'infection est plus prévalente. L'usage du condom et de seringues propres n'est pas régulier ni facile à négocier. Ils déclarent utiliser le condom avec les clients mais ils ne l'utilisent pas avec leurs partenaires qui se piquent. Dans cette culture de la drogue et de la rue, l'amitié, même si elle est souvent éphémère, est une valeur importante et ils font confiance à leurs partenaires puisque rien de mauvais ne peut être transmis par un(e) ami(e). Les échanges, autant sexuels que le partage des seringues, ne comportent aucun risque à leurs yeux. Soumis à la pression du milieu, même les adolescents qui utilisent le condom finiront par céder et abandonner son utilisation régulière. Ces adolescents qui côtoient la violence, l'abandon et la mort sont peu sensibles aux aspects létaux de l'infection au VIH. Par leurs comportements sexuels à risque et par l'utilisation de drogues injectables, ce groupe est à haut risque pour l'infection au VIH. Il constitue un bassin grandissant pour la dissémination de l'infection. Les adolescents actuellement connus des services de santé pour être atteints par l'infection, à part les hémophiles, proviennent majoritairement de ce groupe et sont surtout de sexe féminin.

Enfin, deux autres groupes sont davantage touchés par l'infection: il s'agit des adolescents hémophiles et des adolescents originaires de pays où l'infection est endémique comme les Antilles ou l'Afrique. Les hémophiles, par une exposition plus importante aux produits sanguins et leurs dérivés, ont majoritairement contracté le VIH avant que la

Croix-Rouge ne mette en place des mesures de protection en 1985. Quant aux adolescents originaires des pays endémiques, le problème n'est pas tellement qu'ils présentent plus de conduites à risque que les adolescents québécois mais l'initiation de comportements à risque dans un pays où la prévalence est plus élevée comporte nécessairement davantage de chances de contracter l'infection, particulièrement si de tels comportements sont maintenus lors de visites subséquentes dans ces pays.

Le test de dépistage du VIH: qui le demande?

Les intervenants qui offrent le dépistage du VIH s'aperçoivent que même si les adolescents ont de meilleures connaissances de la maladie qu'il y a quelques années, certains mythes demeurent et certains concepts ne sont pas encore intégrés et sont une barrière au dépistage: les notions de séropositivité, sida, période fenêtre, les risques liés aux différentes activités sexuelles, l'évolution naturelle de la maladie, etc. Depuis quelques années les efforts d'éducation sur le sida dont ont fait l'objet les adolescents ont porté fruit mais beaucoup reste à faire.

Les adolescents qui font partie du premier groupe à faible risque sont souvent ceux qui demandent un test de dépistage du VIH et les filles consultent davantage que les garçons pour ce dépistage comme pour les autres MTS. Les motifs qu'ils invoquent pour passer un test de dépistage sont peu valables. Ils demandent ce test en raison d'une peur panique du sida qui peut faire suite à un article de journal, une émission de télévision ou à l'apparition de symptômes non spécifiques mais décrits chez les sidéens. D'autres le demandent par curiosité ou à la fin d'une relation amoureuse afin de s'assurer de la fidélité de leur ancien partenaire. Le test ne rassure pas toujours et certains craignent d'être le cas exceptionnel chez qui le résultat est atypique. Parfois, le motif est raisonnable: l'adolescent à faible risque qui a eu une conduite passagère à risque désire confirmer son état sérologique.

Les adolescents des autres groupes décrits et qui présentent des conduites à risque sont moins enclins à demander un test de dépistage.

Les adolescents du deuxième groupe qui présentent des difficultés familiales et sociales ont souvent une mauvaise perception des risques, un sentiment d'invulnérabilité et ils considèrent leur lien à l'abri de l'infection. Certains nient totalement la possibilité de l'infection pour eux-mêmes. On retrouve chez cette population beaucoup de fausses croyances. Par exemple, ils craignent la prise de sang qui pourrait transmettre le virus et ils croient que l'infection n'atteint que la population homosexuelle. Ils sont donc encore peu nombreux à demander le

test de dépistage par rapport aux risques encourus. Toutefois, certains de ces adolescents ayant eu un comportement à haut risque désirent reprendre à zéro. Les ex-toxicomanes, les adolescents au retour d'une fugue et ceux qui ont eu des expériences sexuelles avec de nombreux partenaires aux conduites douteuses peuvent éventuellement développer une crainte face au sida et demander un test de dépistage. Les utilisateurs de drogues injectables ou ceux qui ont des activités de prostitution sont peu rejoints par les services de santé. Cette population vit dans une certaine illégalité et ils craignent d'être reconnus ou dénoncés par le milieu médical et social. De façon paradoxale, ils ont peur des douleurs d'une prise de sang, en plus de vouloir conserver leurs veines en bonne condition. Ils sont donc peu nombreux à demander un dépistage du VIH et lorsqu'ils le font, ils ne se présentent souvent pas pour connaître le résultat: confronté à la réalité du résultat à venir, ils craignent ce résultat et qu'un test positif ne les marginalise davantage. Ils sont souvent testés suite à l'insistance d'un intervenant du milieu social, communautaire ou de la santé. Malheureusement, pour plusieurs adolescents de ce groupe, le test ne modifiera pas leur comportement mais viendra confirmer le sentiment d'invulnérabilité de l'adolescent qui a pris des risques et dont le test revient négatif. D'autres croient que le test confère une protection qui leur permet de maintenir les mêmes comportements dès que la prise de sang a été effectuée.

Enfin, contrairement à leurs aînés les adolescents heureux consultent peu. La demande d'un test présente des difficultés pour ces adolescents. Ils doivent faire face à leur propre orientation sexuelle, au jugement possiblement réprobateur de l'adulte et s'avouer être à risque.

Le dépistage: comment?

Les règles essentielles à une épreuve de dépistage au VIH sont le consentement éclairé, la confidentialité et le counselling. Ces règles présentent des aspects singuliers durant l'adolescence.

Le consentement éclairé ne présume pas uniquement que l'adolescent a répondu positivement à une proposition de dépistage du VIH, il implique que l'on a questionné ce dernier à propos des pressions exercées par des personnes de son entourage. L'adolescent a le droit de refuser le test et une épreuve faite à son insu n'a aucun avantage pour lui ou pour son entourage. L'épreuve de dépistage est un geste individuel qui nécessite un consentement clair et volontaire. À l'inverse, il est parfois nécessaire de décourager un adolescent au consentement facile mais qui ne représente aucune conduite à risque et demande un test ou des tests de manière répétitive.

La confidentialité chez les adolescents interroge l'intervenant. Même s'il est soumis aux règles habituelles qui régissent le secret professionnel, il est parfois confronté à des questions de nature éthique qui s'appliquent aussi aux adultes mais dans le cas d'un adolescent, elles font appel aux notions de rôle et de responsabilité des parents, des intervenants et de la société envers les mineurs. Ainsi, que faire face à un adolescent avéré séropositif au dépistage mais qui ne se présente pas pour obtenir son résultat et qui maintient une conduite à risque? Peut-on respecter la confidentialité face à un adolescent séropositif qui n'avise pas son partenaire mineur? Que faire face à un adolescent séropositif qui intensifie ses agirs néfastes pour sa santé et sa sécurité, mais dont les parents ou l'intervenant social ou le centre d'accueil ne sont pas au courant de ce résultat et réagissent inadéquatement? Peut-on accepter le silence d'un adolescent face à un résultat positif, s'il réagit intensément ou s'isole et n'a aucun support de son entourage? Il n'y a pas de réponse facile mais les intervenants poursuivront leur réflexion face à leur responsabilité, à la confidentialité et à la relation de confiance qu'ils ont établie avec l'adolescent.

Le counselling est une étape importante lors d'un test de dépistage. Un pré-requis au counselling, particulièrement auprès des adolescents en difficulté, est d'accepter leur sexualité et leurs comportements déviant: vie dans la rue, prostitution, abus de drogues, etc. L'intervenant veut et doit agir sur ces conduites mais il ne peut pas tout changer. Lors d'un test de dépistage, son pouvoir est limité et il est préférable de répondre à la demande formulée par l'adolescent plutôt que perdre sa confiance et ne pouvoir rien proposer en bout de piste. Certains adolescents posent peu de problème et le counselling se déroule comme chez l'adulte. Par contre, le counselling complet ne peut pas toujours se réaliser en une seule visite surtout lorsqu'il s'adresse à des adolescents en difficulté. Il faut tenir compte du niveau de développement et de la maturité de l'adolescent. L'adolescent en difficulté refuse parfois le counselling au moment où il demande son test mais l'acceptera après avoir eu son résultat; il faut respecter cet état de fait.

Beaucoup d'adolescents ne se présentent pas pour obtenir leur résultat. Un résultat négatif peut renforcer le sentiment d'invulnérabilité et l'intervenant doit expliquer les risques d'une telle perception. Les adolescents séropositifs pour le VIH dans notre expérience présentent des problèmes familiaux et sociaux. À l'annonce du résultat, ils sont plutôt calmes; malgré la confidentialité qu'ils exigent et dont nous les assurons, ils annoncent en général très vite la nouvelle à leur entourage immédiat sans considérer les difficultés qu'ils risquent de rencontrer

avec celui-ci. Ils posent rarement un geste de désespoir mais certains comportements déviants ou de fuite peuvent s'intensifier: fugue, acting-out, abus de drogues.

Le suivi des adolescents séropositifs

Le suivi de ces adolescents est exigeant et difficile compte tenu de leur passé familial et social et de la problématique en cause. Ils ont peu de tolérance à la frustration, les comportements sont manipulateurs et la fidélité aux rendez-vous est faible. L'intervenant doit faire preuve de souplesse, chercher à conserver des liens et accepter de reprendre à zéro plus d'une fois. Les principes décrits pour assurer le soutien aux séropositifs s'appliquent mal à ces adolescents. Ils craignent les consultations en service social et parce qu'ils ont eu autour d'eux de multiples intervenants psychosociaux, ils refusent d'en rencontrer d'autres. Plusieurs sont incapables d'une démarche introspective. Certains adolescents demandent à répétition un test de dépistage. Pour les filles, la contraception devient rapidement un dilemme. La double protection est nécessaire mais il est à craindre que l'emploi des contraceptifs oraux diminuera la fidélité au condom. L'adolescente est soumise aux pressions de ses partenaires qui refuseront le condom. Si elle leur apprend son statut séropositif, ils seront incrédules et refuseront le condom ou fuiront tout simplement. Plusieurs de ces adolescentes envisagent de devenir enceintes.

La recherche des contacts rencontre des difficultés majeures. Il est difficile d'invoquer des raisons de responsabilité sociale à l'adolescent qui n'est pas toujours rendu à cette étape de son développement. L'adolescent est souvent incapable d'introspection et il rejette la faute sur des êtres ou des situations extérieures à lui. Le désir de vengeance domine la notion d'altruisme. Il se trouve incapable d'avouer son statut à ses contacts et il refuse souvent de nous les dévoiler, s'il en est capable.

Conclusion

Au cours des dix dernières années, nous avons été confrontés à une nouvelle problématique, soit l'infection au VIH. Les adolescents, par leur conduites à risque, sont apparus vulnérables, même si peu sont connus séropositifs par les différents services de santé. L'infection au VIH a suscité de nombreuses réactions et des demandes croissantes de la part des adolescents. Les intervenants en santé sont encore inexpérimentés dans le dépistage du VIH chez les adolescents et ils ont à peine effleuré les problèmes du suivi des adolescents séropositifs. Mais tous les intervenants sont à la recherche d'une action efficace et concertée

qui évitera la progression de l'infection. Pour atteindre les buts souhaités et répondre aux besoins des adolescents en terme de prévention comme en terme de services, des approches multiples devront tenir compte des étapes du développement des adolescents, de leur hétérogénéité et de l'ensemble des facteurs qui constituent leur environnement et qui influencent leurs styles de vie.

RÉFÉRENCES

- ALARY, M., PARENT, R., JOLY, J., FAUVEL, M., DIONNE, M., *Séroprévalence du VIH-1 dans un réseau québécois d'hôpitaux sentinelles*, rapport non publié, février 1992.
- ALARY, M., PARENT, R., *Surveillance de l'infection à VIH au Québec*, rapport intérimaire d'un projet pilote, 15 juillet 1991, 19 p.
- BURKE, D.S., BRUNDAGE, J.F., GOLDENBAUM, M. et al., 1990, Human Immunodeficiency Virus Infection in Teenagers, Seroprevalence among applicants for US Military Service, *JAMA*, 266, 2387-2391.
- Centre d'études sur le sida, Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal, *Programme de surveillance du sida au Québec*, Cas cumulatif, 1979 au 15 janvier 1992, février 1992.
- CHIN, J., 1992, Present and future dimensions of the HIV/AIDS Pandemic in Rossi, G.B., Giraldo-Beth, E., Chieco-Bianchi, L., Dianzani, F., Giraldo, G., Verani, P., eds, *Science Challenging AIDS*, Basel, Karger, 33-50.
- FRAPPIER, J.Y., ROY, E., NADEAU, D., GIRARD, M., *L'infection au VIH chez les adolescents en difficulté de la région montréalaise*, étude en cours, 1991-1993.
- Health and Welfare Canada, *Surveillance Update: AIDS in Canada*, January 1, 1992.
- KING, A.J.C., BEAZLEY, R.P., WARREN, W., HANKINS, C.A., ROBERTSON, A.S., RADFORD, J.L., 1989, *Étude sur les jeunes canadiens face au sida*, Groupe d'évaluation des programmes sociaux, Université Queen's à Kingston, 158 p.
- LAMOTHE, F., BRUNEAU, J., SOTO, J., BRABANT, M., VINCELLETTE, J., 1988, Prévalence de l'infection à VIH-1 chez les usagers de drogues par injection, 1985-87, *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 14-50, 225-227.
- RADFORD, J.L., KING, A.J.C., WARREN, W.K., 1989, *Street Youth and Aids*, Quenn's University at Kingston, Social Program Evaluation Group, 154 p.
- REMIS, R.S., ROY, E., *Bilan des connaissances sur l'épidémie du sida et de l'infection au VIH au Québec*, Centre d'études sur le sida, Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal, juin 1991.
- REMIS, R.S., Document interne, Centre d'études sur le sida, Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal, 1991.

- ROY, E., Document interne, Centre d'études sur le sida, Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal, août 1991.
- ST-LOUIS, M.E., CONWAY, G.A., HAYMAN, C.R., MILLER, C., PETERSEN, L.R., DONDERO, T.J., 1991, Human Immunodeficiency Virus Infection in Disadvantaged Adolescents — Findings from the US Job Corps, *JAMA*, 266, 2387-2391.
- STRICOF, R.L., KENNEDY, J.T., NATTEL, T.C., WEISFUSE, I.B., NOVICK, L.F., 1991, HIV Seroprevalence in a facility for runaway and homeless adolescents, *American Journal of Public Health*, 81 (Suppl.), 50-53.
- U.S. Department of Health and Human Services, *PHS, CDC, HIV/AIDS*, January 1990.
- WANG, E.E., KING, S., GOLDBERG, E. et al., 1991, Hepatitis B and Human Immunodeficiency Virus Infection in Street Youths in Toronto, *Pediatric Inf Dis Journal*, 10, 130-133.

Jean-Yves Frappier, md,

Section de médecine de l'adolescence, Hôpital Ste-Justine,

Élise Roy, md, Centre d'études sur le sida,

Département de santé communautaire, Hôpital Général de Montréal,

Marc Girard, md,

Clinique des jeunes St-Denis et Clinique l'Alternative,

Louise Charbonneau, md,

Clinique des jeunes St-Denis et Clinique l'Alternative.